

日 本 紅 斑 熱 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 1 2 条第 1 項（同条第 6 項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地(※) _____

電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検案）した者（死体）の種類				
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業
	男・女	年 月 日	歳 (か月)	
7 当該者住所				
電話 () -				
8 当該者所在地				
電話 () -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
	電話 () -			

11 症 状	・発熱 ・頭痛 ・刺し口 ・発疹 ・DIC ・肝機能異常 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による血清抗体の検出 結果：IgM抗体 ・ペア血清での抗体陽転・ペア血清での抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()
13 初診年月日		平成 年 月 日
14 診断（検案(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)